

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および5月27日～5月29日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院 3	条件付認定（6ヶ月）
機能種別	精神科病院（副）	条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 患者の個人情報の取り扱いに関して、より厳格な運用となるよう改善してください。（1.1.5）
 2. クリニカル・パスの作成・見直し・活用について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.5.2）
 3. 院内全ての医療機器の一元的な管理について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（3.1.7）
- ・機能種別 精神科病院（副）

該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1979年に医学部附属病院として開院し、その後も、県がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センター、救命救急センター、高度脳卒中センター、がんゲノム医療連携病院等の様々な指定を受け、高度医療、地域医療、救急・災害医療を実践し継続してきている。また、病院医学教育センター、地域医療教育研修センター、クリニカルスキルアップセンター、ロボット支援手術推進センター等の様々な医療実践教育のための施設を備えて教育病院として地域の医療人育成に大きな役割を果たしている。病院の掲げる「地域医療と先進医療が調和する大学病院」の理念と5つの基本方針のもとで、病院機能の充実に努めてきたことに敬意を表したい。

今回の病院機能評価受審に際して、2003年の初回認定からほぼ20年間にわたって、職員が一丸となって病院機能の向上に取り組んできたことを随所に拝見することができた。今後も引き続き、継続的な医療の質向上活動に努められ、貴院のさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、患者等に公開されるとともに職員に周知されている。経営目標、活動計画、部門方針などについての中・長期計画が策定され、病院の将来像が職員に明示されている。病院長は、医療法で定める適正な選考過程のもと任命され、病院執行部会議と病院運営委員会を含めた各委員会が組織され、病院運営の意思決定を適切に行っている。中長期計画に基づく年次事業計画が定められ、職員への周知が図られているほか、部門・部署ごとの目標設定と達成度評価は定期的に行われている。情報管理について取扱要項などを定め、電子カルテシステムや部門システムなどを統合的に管理・運用している。文書管理は、法人文書管理規則、医学部付属病院文書管理要項を整備し、文書管理者を配置し、病院として管理すべき文書が定められ、文書は「文書ファイル管理簿」により一元管理している。

医療法、施設基準等に必要な人員は確保され、業務量に見合う適正人員や、病院機能や質向上へ考慮した人材確保に努めている。就業規則をはじめ給与規程や法律に基づく制度等の各種規程が整備され、昇給・昇格の仕組みも明確で、労働基準法第36条に基づく協定も適切に締結されている。安全衛生委員会が設置され毎月開催している。健康診断、メンタルヘルス・ハラスメント対応も適切に行われている。ホルマリン等の特定化学物質の作業環境測定などの管理も適切に実施されている。

職員の意見や要望は、毎年の職員満足度調査で把握している。教育体制カンファレンスで年間の研修計画が策定され、システムを活用した職員への開催案内、研修の受講状況などを一元的に管理している。職員の能力評価・能力開発については、全職員対象の人事評価が行われている。侵襲的な行為についての院内資格制度の仕組みがあり、認定看護師等の資格取得支援も行っている。卒後臨床研修センターが、医師・歯科医師の初期臨床研修を推進している。他の職種についても初期研修プログラムが整備され、初期研修が行われている。医師・薬剤師・看護師などの多職種の学生実習を数多く受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、分かりやすい文体で構成されており、小児患者に対する「こどもの患者さんの権利」も作成されており、患者・家族、職員への周知に努めている。説明と同意に関する方針、基準、手順が整備されており、責任者も明確になっている。説明と同意の実際の状況と説明文書の適切性も評価されている。ホームページ、パンフレット等を活用して患者と診療情報を共有しており、小児患者でのインフォームドアセントにも配慮している。医療相談室が設置され、患者・家族からの様々な相談に対応している。がんや肝疾患などに特化した相談体制も整備されている。個人情報保護方針や個人情報取扱規程を整備し、職員に周知している。電子保存診療情報利用の一層の厳守が望まれる。院内において臨床倫理の方針を明確にし、倫理的課題に対応検討する場として臨床倫理委員会が設置され、委員会を中心に継続的・組織的な活動が継続されている。病棟に限らず、患者に関わる

各種センターにおいても必要に応じて倫理的課題の多職種での検討会がなされ、真摯に対応している。

病院へのアクセスや入院生活のサービスに配慮がある。高齢者・障害者に配慮した施設・設備を整備している。病棟の廊下・病室・トイレ・シャワー室・面談室・処置室とも十分なスペースが確保され、清潔で安全な状況が確保されている。敷地内全面禁煙の方針が周知・徹底されている。禁煙外来を設けるなど、禁煙への支援も積極的に行っている。

4. 医療の質

QI コントロールチーム（QICT）を中心に、病院全体で業務改善に努めており、改善実績も蓄積されている。CPC、M&M カンファレンス、がんセンターボードなどの多職種の検討会が開催されている。診療の質改善に向けて、QICT を中心に多職種での活動が展開されている。クリニカル・パスの組織的な見直し・改訂の継続的な活動が望まれる。患者・家族の意見・クレーム等は、患者満足度調査の実施や意見箱の設置などで収集している。収集した意見・クレーム等を活用し、質改善に取り組んでいる。高難度新規医療技術を用いた医療の提供では、各種対応を実施する仕組みがあり、当該技術を用いた医療の提供の際の説明内容も適切である。

病棟・外来ともに診療に関わる医師・看護師・薬剤師医療ソーシャルワーカーの責任者が明確に示されている。病棟責任者のラウンドも定期的の実施されている。診療記録については、記載マニュアルを遵守しており、充実した質的点検が継続されており評価される。院内には多職種からなる専門チームが活動をし、専門看護師、認定看護師、特定看護師など多様な人材を育成に努め、現場で専門性を発揮している。

5. 医療安全

医療安全管理部に専従者として多職種を配置し、医療安全管理に関する様々な業務を実施する体制が構築されている。インシデント等の検討とその結果の職員への周知、および医療安全の地域連携ネットワーク構築の試みは秀でている。インシデントレベル 3b 以上の事例発生時には、医療安全管理部に報告するシステムが整備され、職員に周知を図っている。

誤認防止策については、外来、病棟での患者確認や部位確認の方法、手術室等でのタイムアウトが適切に実施されている。情報伝達エラー防止対策については、画像診断・病理診断・検体検査のパニック値の報告、口頭指示の運用など適切である。薬剤の安全な使用について、高濃度注射用カリウム製剤は、プレフィルドタイプのみを採用し、特定の部署以外は薬剤部から払い出す運用としている。病棟在庫薬剤は必要最低限の在庫量を保管し、使用時には医療従事者によるチェックが徹底されている。転倒・転落防止対策では、リスク評価と対策や患者・家族への協力要請とともに発生後の対応も適切に実践されている。病棟で使用する医療機器については、研修や使用時の注意喚起資料の活用に加えて確認方法が統一されると良い。急変時対応については、ハリーコールや救急カートの整備や定期的訓練が適切

に実施されている。特に RRS については RRT と CCOT が効果的に機能しており高く評価される。

6. 医療関連感染制御

院長直属の感染制御部が組織する ICT と AST が、現場への介入など実務を担っている。感染制御部は課題の解決を立案、感染管理委員会は審議・決議し、感染対策マニュアルは職員が容易に参照できる仕組みになっており、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。医療関連感染の情報収集に関しては、院内全体で、SSI・CLABSI・CAUTI・VAE の監視を継続しており、微生物検出状況と手指衛生遵守の調査も適切に行われている。感染を制御する活動として、感染制御部や感染対策リンクナースによる手指衛生のモニタリングや環境ラウンドが適切に実施されている。専従の医師と薬剤師を配置した AST が機能を発揮しており、抗菌薬はおおむね適切に使用されており、抗菌薬適正使用についての院内マニュアルも整備されている。

7. 地域への情報発信と連携

企画調査係や広報誌の編集委員会を中心に、広報に関する組織体制を整備し、様々な手段で病院の提供する医療サービスの内容や、受診に関する情報をわかりやすく地域に発信している。ホームページなどの情報は、必要時に速やかに更新している。診療実績や DPC データをはじめ、国立大学病院機能指標や講座で収集している臨床指標を積極的に公表している。地域医療連携センターを設置し、地域の医療機能・医療ニーズを把握するとともに、医療連携会議や地域連携看護師会の開催、病院長自らの医療機関への訪問などで連携強化を図っている。患者紹介や逆紹介の実績を把握し、確実な返書や情報提供に努めている。県内の医療機関のニーズに応えるため、医師派遣検討委員会を設置し、医師派遣に努めていることは評価できる。患者や地域住民を対象に市民公開講座、糖尿病教室、肝臓病教室、家族支援講座などを開催している。さらに、ケーブルテレビやラジオで医師による健康講座の放映・放送を行っている。地域の医師、看護師、薬剤師等を対象に緩和ケア研修会を開催するほか、多くの研修会を開催するなど、特定機能病院として様々な教育・啓発活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報がわかりやすく案内されている。外来では職種、科の間や病棟との連携が良く、適切に診療を行っている。診断的検査は、説明のうえ同意を取り、確実、安全に実施している。入院の決定は適切で、弾力的な病床活用を行っている。診断・評価は適切で、個別性に配慮した診療計画を立てている。医療相談室で、様々な相談に各担当者が適切に対応している。入退院管理センターでの対応等により、円滑な入院に努めている。医師は、回診により患者の病態を把握し、適切に診断、治療を行っている。看護師の病棟業務は、看護師間の補完や患者情報の収集や他部門との連携など適切に実施されている。

薬剤の指示出し・指示受け・実施・確認のプロセスは明確で、必要な薬剤投与時の患者観察も徹底されている。輸血は厚労省の指針に基づいて確実・安全に実施されている。誤認防止の手順を遵守して安全、適切に手術を行っている。患者の重症度に沿った患者管理を適切に行っている。褥瘡予防では、リスク評価やケアとともに褥瘡対策チームとの連携も適切である入院時に栄養評価を行い、食事提供や栄養指導を適切に実施している。症状緩和への対応は、多職種で連携して適切に実施している。リハビリテーションは早期から実施され、多職種での情報共有が適切になされている。身体拘束の最小化に向け多職種で取り組んでいる。入院前から情報収集して、必要な退院支援ができるように多職種で対応している。継続した診療。ケアが実施できるように早期より多職種で検討している。ターミナルステージについては、主治医を中心に多職種で話し合い患者・家族の意思を尊重したケアが実践されている。

<副機能：精神科病院>

診療科長である稲垣教授のもと臨床と教育、研究のバランスを考えた診療が行われている。すなわち、統合失調症、気分障害などの主な疾患に限らず、他科との連携によるリエゾン外来、コンサルテーションの実践、物忘れ外来、思春期外来、ストレス外来、睡眠外来、周産期外来などの特殊外来を展開し幅広く精神科医療を提供している。さらに大学として基礎研究から臨床研究と多くの医局員が研究業務に携わっている。その中で当科では入院医療としては閉鎖病棟と準開放病棟の2種類の病棟を用意し患者の病態に併せた治療を実践している。医師は平日毎日面接され患者、家族の要望を取り入れながら診療され記録されている。看護部はクリカルリーダーを用いた看護を展開されている。入院形態も任意入院、医療補保護入院、措置入院と幅広く入院を受け適切に管理されている。修正型の電気治療、治療抵抗性統合失調症患者へのクロザリルの使用など積極的に新しい治療法を取り入れ実績を上げている。入院に際しては早期より生活環境指導員として精神保健福祉士が院外の社会資源も活用しながら退院に向けた支援を行っている。精神科専任の薬剤師が常駐しており、積極的に服薬指導を実施し、多剤、大量投与されている患者について主治医へ処方提案をされ単剤化、減量化を促している。精神科のリハビリテーションとしてはリハビリテーション専門医と連携し活動性の向上、身体機能の維持向上を目標に行っている。必要な患者には疾病教育も行いクライシスプランをたて、自殺も含め再燃予防に務めている。隔離、身体拘束も行っているが早期の解除に向け多職種で頻回に検討され適切に実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注射用抗がん剤の調製・混合は、万全な曝露防止対策のうえで実施され、処方薬に対する処方鑑査が徹底されているなど、おおむね適切に発揮されている。臨床検査部門は、24時間検査ニーズに対応する体制を確立しており、精度管理も適切に行われている。パニック値も直接医師に伝えられている。画像診断は緊急のIVRを含め全ての検査に迅速に対応し、検査の安全への配慮も適切であ

る。食事は適時・適温で提供され、献立や食材料の見直しなどにも取り組んでいる。リハビリテーション機能は高い水準で適切に発揮されており、特に人材育成は秀逸である。診療情報は電子カルテシステムにより 1 患者 1ID による診療情報の一元的管理が行われている。各種医療機器の管理・点検については、一元的な管理体制の構築が望まれる。洗浄・滅菌機能では、洗浄、滅菌、搬出までの作業環境の整備や洗浄・滅菌の質保障、既滅菌物の保管までが適切に行われている。

病理部門は、検体交差が起きにくい仕組みを構築しており、診断困難例への対応、報告書の未読対策も確立している。放射線治療部門は多くの高精度治療を行い、認定看護師を中心に心のケアにも努めている。輸血管理では必要時に血液製剤をタイムリーに使用できる体制を構築している。手術・麻酔機能は、誤認防止を徹底し、安全確実に発揮されており、術後の覚醒、搬送まで麻酔科医が関与し安全に実施している。集中治療機能は、十分なスタッフによって適切に発揮されている。さらに集中治療室スタッフによる CCOT が一般病床の急変予兆のある患者の治療に貢献している。救命救急センターと高度外傷センターがシームレスに機能している。救命救急部門スタッフによる RRS が継続的に機能し急変前対応の実績を上げている。

10. 組織・施設の管理

病院予算の立案と承認までの手順が確立され、執行状況も把握している。国立大学法人管理会計システムを利用した分析資料を作成し、経営改善に努めている。窓口の対応手順を整備し、合理的な仕組みで計算した診療費が請求・収納されている。レセプトの作成・点検を確実に行之、返戻・査定の防止・削減に努めている。委託の是非についての検討が行われ、委託先は競争入札等で適正に選定されている。委託業者との定例会による履行確認や評価項目を定めた評価を行っている。

施設・設備の管理は、中央機械室・管理センターにおいて 24 時間 365 日の運用管理が行われている。医薬品をはじめ医療消耗品や医療機器の購入にあたっては、病院執行部会議や専門部会で審議し、競争入札等で適正に購入している。

災害医療・危機管理センターが設置され、大規模地震等を想定した病院の機能継続計画（BCP）や消防計画、災害対策マニュアルが整備され、災害に対する体制が構築されている。保安業務は業務委託による 24 時間の保安体制を構築している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	B
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	C
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	S
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	A

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	C
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	A

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	S
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	S
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	C
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	S
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	S
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的 な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1 施設・設備を適切に管理している A

4.5.2 購買管理を適切に行っている A

4.6 病院の危機管理

4.6.1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている A

4.6.2 保安業務を適切に行っている A

機能種別：精神科病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2. 2. 20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 22	隔離を適切に行っている	B
2. 2. 23	身体拘束を適切に行っている	A
2. 2. 24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 1 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 島根大学医学部附属病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 国立大学法人
 I-1-4 所在地： 島根県出雲市塩冶町89-1

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	570	570	+0	79.9	12.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	30	30	+0	47.3	38.3
結核病床					
感染症病床					
総数	600	600	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	10	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+6
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+6
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	+0
放射線病室	3	-1
無菌病室	20	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	28	-1
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	21	+0
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, 救命救急センター,
 がん診療連携拠点病院(都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院,
 DPC対象病院(大学病院本院群), 総合周産期母子医療センター

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 ☒ 1) 基幹型 ☒ 2) 協力型 ☐ 3) 協力施設 ☐ 4) 非該当
 歯科 ☐ 1) 単独型 ☒ 2) 管理型 ☐ 3) 協力型 ☐ 4) 連携型 ☐ 5) 研修協力施設
☐ 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 ☒ 1) いる 医科 1年目： 5 人 2年目： 7 人 歯科： 0 人
☐ 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ ☒ 1) あり ☐ 2) なし 院内LAN ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 オーダリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数										
診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり外来 患者数 (人)	外来診療科構 成比(%)	1日あたり入院 患者数 (人)	入院診療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり入院 患者数 (人)
呼吸器内科	15	0	37.15	3.04	29.15	5.70	5.47	11.82	2.48	1.94
循環器内科	12	0	37.90	3.10	20.57	4.02	4.55	11.74	3.16	1.71
消化器内科（胃腸内科）	18	0	51.92	4.24	32.58	6.37	5.70	11.44	2.88	1.81
腎臓内科	3	0.31	20.57	1.68	7.06	1.38	2.15	12.04	6.21	2.13
神経内科	6	0.2	26.95	2.20	13.89	2.72	4.16	25.80	4.35	2.24
血液内科	9	0.63	20.62	1.69	30.19	5.91	2.69	30.74	2.14	3.13
皮膚科	10	0	60.77	4.97	9.28	1.82	5.35	9.76	6.08	0.93
小児科	17	0.85	51.09	4.18	26.82	5.25	5.39	15.15	2.86	1.50
精神科	13	0.8	71.17	5.82	14.60	2.86	0.85	40.98	5.16	1.06
呼吸器外科	4	0.2	4.29	0.35	4.26	0.83	4.91	11.70	1.02	1.02
循環器外科(心臓・血管外科)	7	0	6.07	0.50	9.81	1.92	4.08	29.34	0.87	1.40
乳腺外科	3	0	13.42	1.10	4.82	0.94	2.49	8.46	4.47	1.61
消化器外科(胃腸外科)	12	0	25.07	2.05	28.41	5.56	1.93	15.99	2.09	2.37
泌尿器科	12	0	45.52	3.72	20.17	3.95	4.04	12.64	3.79	1.68
脳神経外科	6	0	18.19	1.49	15.48	3.03	4.86	18.20	3.03	2.58
整形外科	17	0	67.60	5.53	40.86	8.00	6.59	19.38	3.98	2.40
形成外科	2	0	11.76	0.96	5.32	1.04	6.11	7.41	5.88	2.66
眼科	12	0.4	103.37	8.45	17.70	3.46	7.51	3.29	8.34	1.43
耳鼻咽喉科	8	0.2	23.88	1.95	19.11	3.74	7.51	15.62	2.91	2.33
小児外科	5	0	7.02	0.57	2.56	0.50	17.20	3.12	1.40	0.51
産科	4	0	43.83	3.58	18.53	3.63	2.21	9.38	10.96	4.63
婦人科	8	0	84.99	6.95	18.04	3.53	4.85	8.24	10.62	2.26
リハビリテーション科	8	0	48.66	3.98	0.00	0.00	0.18	0.00	6.08	0.00
放射線科	14	0	4.80	0.39	0.00	0.00	38.24	0.00	0.34	0.00
麻酔科	29	0.6	25.49	2.08	0.45	0.09	0.47	16.40	0.86	0.02
病理診断科	7	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	3	0	1.40	0.11	0.00	0.00	0.29	0.00	0.47	0.00
救急科	10	0	17.29	1.41	7.58	1.48	44.99	11.79	1.73	0.76
歯科口腔外科	10	0	91.14	7.45	17.05	3.34	25.71	6.15	9.11	1.70
緩和ケア科	0	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
内分泌代謝内科	15	1.23	74.42	6.08	7.53	1.47	1.55	12.13	4.59	0.46
腫瘍内科	1	0	10.47	0.86	6.02	1.18	0.75	13.65	10.47	6.02
肝臓内科	3	0	28.27	2.31	7.84	1.53	2.82	10.64	9.42	2.61
膠原病内科	6	0	32.36	2.65	9.04	1.77	2.37	22.91	5.39	1.51
肝胆膵外科	4	0	9.56	0.78	13.16	2.57	5.06	18.79	2.39	3.29
放射線治療科	8	0	30.58	2.50	0.41	0.08	0.18	6.93	3.82	0.05
総合診療科	9	0	4.80	0.39	5.73	1.12	13.51	27.14	0.53	0.64
高度外傷センター	9	0	8.67	0.71	27.03	5.29	49.00	22.05	0.96	3.00
高度脳卒中センター	4	0	0.90	0.07	20.02	3.92	84.47	25.86	0.23	5.00
COVID-19検査センター	0	0	1.26	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全管理部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染制御部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床研究センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
乳腺センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児脳神経疾患治療センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病院医学教育センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床遺伝・ゲノム医療センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	1,223.21	1,258.65	1,223.56	97.18	102.87
1日あたり外来初診患者数	82.73	77.73	77.67	106.43	100.08
新患率	6.76	6.18	6.35		
1日あたり入院患者数	511.04	516.30	512.49	98.98	100.74
1日あたり新入院患者数	40.67	41.88	39.66	97.11	105.60